

Doordrinkers: dilemma's en definitie

Monique Staats, Tatijana Malesevic, Jan Neeleman, Marije Possen, Astrid Vellinga en Gerard M. Schippers*

Er bestaat een groep chronisch alcoholverslaafden bij wie het beloop van de ziekte ongunstig is. In de hulp en zorg aan deze groep, zeker ook in de eindfase, doet zich een aantal dilemma's voor. Moeten deze mensen onder dwang behandeld worden? Zijn ze wilsbekwaam? Wat is adequate bemoeizorg? Welke rol speelt de omgeving? Er is hierover weinig geschreven; de bestaande protocollen en richtlijnen voor behandeling zijn in hoofdzaak gericht op herstel en abstinentie en nauwelijks toepasbaar bij chronici. Dit artikel is een pleidooi voor het ontwikkelen van samenhangend beleid voor deze groep. Daartoe wordt een suggestie voor een definitie gedaan en wordt voorgesteld te spreken over 'doordrinkers'. Helder beleid kan helpen tot verbetering te komen van de hulpverlenerspraktijk bij de subgroep chronisch alcoholverslaafden en tot nader prevalentie- en zorgonderzoek. Een benadering gebaseerd op staging en profilering wordt hierbij aanbevolen.

* Drs. M.W.M. Staats is verslavingspsycholoog en hoofd behandelzaken bij Mentum JOT, cluster Verslaving en Psychiatrie, van Arkin te Amsterdam. E-mail: monique@staats.nl.

Drs. T. Malesevic is psychiater en clustermanager behandelzaken bij het cluster Verslaving en Psychiatrie van Arkin.

Dr. J.N. Neeleman, MD, PhD, is psychiater en hoofd behandelzaken bij de kliniek Verslaving en Psychiatrie van Arkin.

Drs. M. Possen is gz-psycholoog bij het ACT-behandelteam van het cluster Verslaving en Psychiatrie van Arkin.

Dr. A.M. Vellinga, PhD, is psychiater en plaatsvervangend geneesheer-directeur bij Arkin.

Prof. dr. G.M. Schippers is emeritus hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie van het AMC van de Universiteit van Amsterdam.

De auteurs danken dr. H. Sigling voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Inleiding

Meneer Willems (52) is zo'n dertig jaar bekend met alcohol- en cocaïneafhankelijkheid, cannabismisbruik en incidenteel heroïnegebruik. Hij is genetisch zwaar belast: moeder, vader en twee zussen zijn overleden aan de gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Ook was er een getraumatiseerde jeugd: hij werd seksueel misbruikt door zijn stiefvader en groeide op in pleeggezinnen en internaten. Meneer Willems is slim, spreekt meerdere talen en pakte verschillende universitaire studies op, zonder er een af te maken. Hij heeft nooit een echte baan gehad, maar voorziet in zijn levensonderhoud als huisdealer voor de jetset en de artiestenwereld. Hij zit op hoog niveau in het criminele circuit, maar kwam nooit met de politie in aanraking. Een vaste relatie heeft hij nooit gehad. Zijn contacten in de artiestenwereld raakt hij van lieverlee kwijt, doordat hij vaak onder invloed is en afspraken vergeet.

De afgelopen tien jaar waren er 34 opnamen in ziekenhuizen en verslavingsklinieken, waarvan enkele langer dan zes maanden. De langste periode van abstinentie was veertien maanden, onder een maatregel opgelegd door de rechter. Meneer Willems heeft last van ernstige maagbloedingen en insulten. Na de meest recente opname is hij direct weer begonnen met drinken (ruim een liter jenever per dag) en hij rookt veel cannabis. Hij weigert zich nog te laten opnemen. Zijn zucht is groot; hij blijft drinken en komt zijn bed en huis niet meer uit. Buurtgenoten en de casemanager die regelmatig langskomt vraagt hij drank voor hem te halen. Na enkele weken belt de buurvrouw een ambulance, omdat hij niet aanspreekbaar is en bloed heeft gespuugd. Als de ambulance arriveert, blijkt meneer Willems te zijn overleden.

Heerste in de vorige eeuw nog veelal de opvatting dat verslaving een zwakheid van karakter is (Backlar, 1998), inmiddels spreken we van een ziekte waar mensen aan lijden. Verslaving als ziekte impliceert niet dat medische interventies superieur zijn, maar wel dat een verslavingsstoornis het best gezien kan worden als een neurobiologische aandoening van de hersenen. Daarbij zijn de genetische aanleg van de mens, aangeleerd gedrag en omgevingsfactoren van oorzakelijk belang. Het beloop bij meneer Willems in voorgaande casus is exempla-

risch voor de chroniciteit die de verslaving bij velen kenmerkt. Ruim de helft van de verslaafden valt, nadat behandeld te zijn, binnen een jaar terug. Naar schatting een kwart tot een derde van degenen die ooit behandeld zijn voor alcohol- of drugsproblemen zal niet genezen en verslaafd sterven (Schippers & Van den Brink, 2008).

Er is dus een subgroep chronisch alcoholverslaafden bij wie het beloop erg ongunstig is. Veel langdurig verslaafden zijn bekend bij de hulpverlening. In de dagelijkse praktijk noemt men hen wel 'dood-drinkers'. Toch heeft een belangrijk deel van hen noch een actieve, noch een passieve doodswens. Wel is de zucht naar alcohol te intens en het vermogen tot zelfcontrole te gering om het gebruik te kunnen staken, ondanks de ernstige lichamelijke en sociale consequenties. Ook lijkt er een totaal gebrek aan het nog kunnen ervaren van enige vorm van vreugde en is het doel van het leven gereduceerd tot het blijven drinken van alcohol. Ons voorstel is om bij deze groep terminale alcoholisten te spreken over 'doordrinkers'.

Bestaande protocollen en richtlijnen voor behandeling betreffen in hoofdzaak de curatieve verslavingszorg, waar op evidentie gebaseerde behandelingen aangeboden worden die veelal gericht zijn op abstinentie. Voor de verslavingszorg aan chronici zijn veel minder richtlijnen beschikbaar. Er is weinig geschreven over hulp en zorg aan alcoholisten met een zeer ernstig beloop van de ziekte en wat te doen in de eindfase. Zo beperkt de in 2009 gereed gekomen Multidisciplinaire richtlijn *stoornissen in het gebruik van alcohol* zich ertoe aan te bevelen dat 'de zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten zich dient te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven, waarbij intensieve vormen van case management daarbij de voorkeur treft boven het zogenaamde makelaarsmodel' (p. 116). Een definitie van schadebeperking is niet uitgewerkt en het ontbreekt aan uitleg van wat kwaliteit van leven is. De categorie doordrinkers wordt niet genoemd of aangeduid.

Doel van dit artikel is in kaart te brengen welke dilemma's zich voordoen in de hulpverlening aan en in de omgang met chronisch verslaafde doordrinkers en de formulering van een hanteerbare, meer precieze definitie van deze groep. We beginnen met een prevalentieschatting van de groep doordrinkers en sluiten af met enkele aanbevelingen.

Prevalentie

Exacte aantallen sterfgevallen door alcohol zijn niet voorhanden. Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) komen jaarlijks 17.000 personen op de eerste hulp van een ziekenhuis voor letsel waarbij alcohol genoemd wordt als oorzaak van (verkeers)ongelukken, agressie en

zelfbeschadiging. Het LIS kent echter een aanzienlijke onderrapportage, doordat door behandelend artsen niet systematisch wordt uitgevraagd naar alcoholgebruik (Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2011, p. 209-212).

Volgens de doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor Statistiek (Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2011, p. 220) stierven in 2010 in totaal 1.739 mensen in Nederland door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd. Alcohol was bij 39 procent van al die sterfgevallen de primaire doodsoorzaak. De meeste sterfgevallen kwamen voor in de leeftijdsgroep 60-64 jaar (76% mannen). Specifiek wordt in het rapport daarnaast de relatief grote groep 75-plussers genoemd. Het CBS verwijst echter naar de onbetrouwbaarheid van de cijfers, omdat de bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte niet altijd wordt herkend en de werkelijke getallen waarschijnlijk veel hoger liggen.

Wanneer mensen thuis dood gevonden worden (meestal door een hulpverlener of de politie) wordt door een arts een overlijdensakte opgemaakt. Daarin wordt alcohol niet omschreven als primaire doodsoorzaak; patiënten sterven immers niet aan alcoholisme, maar aan de lichamelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Vaak is er sprake van een fatale slokdarm- of maagbloeding, delirium, cardiomyopathie, levercirrose of een andere acute leverziekten. Statistieken over alcoholsterfte worden in Nederland niet expliciet bijgehouden. De alcoholgerelateerde sterfte wordt voor een deel gerapporteerd in de secundaire doodsoorzaken, maar er is voor artsen geen verplichting om een secundaire doodsoorzaak (zoals alcoholmisbruik) in te vullen op het doodsoorzaakformulier. Daarnaast is er een vertekening van doodsoorzakenstatistieken, vooral wat betreft gevallen waarbij getwijfeld wordt aan suïcidale of doodsintentie (Neeleman & Wessely, 1997; Neeleman, Mak & Wessely, 1997), een thema dat bij doordrinkers speelt.

Er zijn geen cijfers over de prevalentie van doordrinkers in de verslavingszorg, mede doordat een duidelijke definitie ontbreekt. Op basis van onze dossiers bij de afdeling chronische verslavingszorg van de Amsterdamse ggz-instelling Arkin komen we op een aantal van ongeveer 110 mensen; dat is 10 procent van de patiënten binnen deze afdeling. Dit is ongeveer een derde van alle verslavingspatiënten van de instelling. Omdat Arkin ongeveer 10 procent van alle patiënten in Nederland in de verslavingszorg heeft, zou het landelijk aantal doordrinkers grof geschat kunnen worden op 1.100 mensen. Ter vergelijking: het jaarlijkse aantal verkeersdoden in Nederland is met 661 in 2011 een stuk lager (CBS-persbericht, 19 april 2012).

Inrichting hulpverlening aan doordrinkers

In de Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol wordt voor chronisch alcoholafhankelijken casemanagement aanbevolen. Bij Arkin wordt gewerkt met de Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg (Tielemans & De Jong 2007) van Resultaten Scoren, die casemanagement definieert als 'het organiseren en uitvoeren van hulp- en dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek, om de patiënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn' (Van Riet & Wouters, 2003). In de praktijk wordt het zorgaanbod afgestemd op de individuele situatie van de patiënt en diens wensen en is de behandeling gericht op stabilisatie en reïntegratie. Doordrinkers worden volgens intern beleid van Arkin gemiddeld eenmaal per week thuis bezocht door een casemanager die contact met de huisarts van patiënt onderhoudt. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt een behandelingsplan opgesteld door patiënt en casemanager en worden naasten, indien aanwezig, betrokken bij het opstellen van het behandelingsplan. Dit plan wordt besproken in een multidisciplinair team, waaraan ook de verslavingsarts, psychiater en psycholoog deelnemen.

Geestelijke verzorging in de vorm van professionele aandacht voor levensvragen is beschikbaar om casemanagers te ondersteunen in het begeleiden van patiënten op het gebied van zingeving, spiritualiteit en levensbeschouwing. Tevens kan moreel beraad worden aangevraagd bij het Ethisch Expertisecentrum, waarbij een casus kan worden besproken in het licht van morele oordeelsvorming en ethische overwegingen. Het bureau geneesheer-directeur kan worden ingeschakeld om een second opinion naar wilsbekwaamheid te verrichten. Dergelijke initiatieven zijn ook bekend bij andere verslavingszorginstellingen (Thijs, Ter Huurne & Heer, 2006).

Dilemma's

De hulpverlening aan doordrinkers gaat gepaard met dilemma's die in de praktijk vaak niet systematisch of onhandig worden opgelost. Op basis van onze eigen ervaringen sommen we de vijf belangrijkste op.

ZIJN DOORDRINKERS WILSBEKWAAM OF NIET?

Er zijn doordrinkers die niet (meer) in staat zijn goed te verwoorden wat ze willen, die inconsistent, verward of onbenaderbaar zijn en daarom als wilsonbekwaam kunnen worden beschouwd. Er zijn er echter ook die authentiek, consistent en duidelijk aangeven dat ze geen abstinentie of gebruiksreductie willen en die elke behandeling

die daarop gericht is weigeren. Evenals andere psychiatrische stoornissen is een ernstige verslaving aan alcohol niet voldoende om iemand als wilsonbekwaam te beoordelen.

Er is echter sprake van algehele teloorgang, zelfverwaarlozing, slechte conditie, weinig tot geen voedselinname, ernstige somatische problematiek en het nuttigen van dusdanig veel alcohol dat men zichzelf een versnelde dood tegemoet drinkt. Het is de vraag of dan voldaan wordt aan de hoge eisen die aan wilsbekwaamheid gesteld worden.

Het is aan te raden om de wilsbekwaamheid zorgvuldig te toetsen in een periode van abstinentie. Juist als het gaat om beslissingen die ingrijpende gevolgen kunnen hebben, zoals geldt bij doordrinkers.

MOETEN DOORDRINKERS ONDER DWANG OPGENOMEN EN BEHANDELD WORDEN?

Een dwangopname kan een drieledig doel hebben. Ten eerste kan er tijdens een periode van abstinentie nadere diagnostiek worden verricht naar comorbiditeit en kan een integrale behandeling voor zowel de verslaving als comorbiditeit worden ingezet. Ten tweede kan er tijdens een dwangopname naar abstinentie worden gestreefd, zodat de wensen van de patiënt geïnventariseerd kunnen worden. Ten derde kan door de opname het gevaar van overlijden door te grote alcoholconsumptie mogelijk worden voorkomen. Amerikaans onderzoek geeft aan dat een dwangopname wel enig gunstig langetermijneffect heeft (Burke & Gregoire, 2007; Gregoire & Burke, 2004; Moos & King, 1997).

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ; 2009) maakt het mogelijk dat, indien er sprake is van gevaar voortkomend uit een geestesstoornis en er geen bereidwilligheid is voor behandeling, iemand onder dwang kan worden opgenomen. Tot voor kort gold verslaving niet als een geestesstoornis. Echter, met het verschuiven van het idee van verslaving als zwak karakter naar verslaving als ziekte, is het nu wel mogelijk om mensen met een ernstige verslaving een rechtelijke machtiging (RM) op te leggen onder de wet BOPZ. Hoewel de wetgeving en procedures eenduidig zijn, is het in de praktijk vaak lastig om te bepalen wanneer er dusdanig sprake is van gevaar voor en gebrek aan bereidwilligheid van de patiënt. Immers, dat gevaar lijkt vaak geweken te zijn indien patiënt tijdelijk abstinēt is van alcohol, bijvoorbeeld ten tijde van een detoxificatieopname. Onder begeleiding in een kliniek is stoppen met drinken niet moeilijk, maar niet opnieuw beginnen is moeilijk en laat zich niet forceren.

Voorafgaand aan de juridische en praktische aanvraag is er veelal een discussie onder professionals, die teruggevoerd kan worden op de

vraag of de doordrinker al dan niet wilsbekwaam is om zijn situatie te overzien. De doordrinker wordt enerzijds gezien als een ernstig zieke, wat dwangbehandeling lijkt te rechtvaardigen, maar ook als een mens met een autonome wil. Deze discussie lijkt ook te spelen bij rechters, gezien de regionale verschillen in de beoordeling van deze kwestie. Daarbij speelt ook dat er zowel doordrinkers zijn die nooit of nauwelijks een verslavingsbehandeling hebben ontvangen, alswel doordrinkers die reeds alle mogelijk beschikbare behandelingen hebben ondergaan. Moeten beide groepen tot (verdere) behandeling worden gedwongen of alleen de eerste groep? Of moeten we onderkennen dat er therapieresistente alcoholverslaafden bestaan? En hoe kunnen we in de onbehandelde groep onderscheid maken tussen mensen die wel en mensen die niet therapieresistent zijn?

Wanneer besloten is tot gedwongen opname c.q. behandeling doet zich ten slotte nog de vraag voor wanneer deze stopt. Een rechtelijke machtiging is eindig en daarmee een opname ook. Wanneer doordrinkers na een klinische opname weer teruggaan naar hun eigen woon-omgeving, is de kans op terugval groot. Behandeling werkt niet altijd of is te kort en dan is de kans op uitzichtloosheid groot. Wanneer gaan we stoppen met behandeling gericht op abstinentie of schadebeperking? En als we de gedwongen behandeling stoppen, hoe moet de vrijwillige behandeling of begeleiding dan worden ingericht?

NEMEN WE DOORDRINKERS OP BIJ EEN CRISIS?

Doordrinkers zijn vaak somatisch ernstig ziek. Een casemanager op huisbezoek treft keer op keer een ondraaglijke situatie aan en een patiënt die klinische zorg behoeft. Menig doordrinker is tijdens een crisis wel te motiveren tot opname in een verslavingskliniek of algemeen ziekenhuis. In de praktijk gaan deze patiënten regelmatig tegen het advies in met ontslag, omdat de zucht naar alcohol te groot is. Als dat met regelmaat gebeurt, stuit de aanvraag van een nieuwe crisisopname (met als doel detoxificatie) op bezwaren van de verslavingsartsen; die wijzen op de schadelijkheid van veelvuldige opnamen met puur als doel het ontgiften van het lichaam. Ze zijn weinig geneigd tot herhaald opnemen van doordrinkers, zonder de intrinsieke wens van de patiënt te stoppen met drinken. Er is bewijs van de schadelijkheid van frequente (klinische) detoxificatie, die een routinematig draai-deurbeleid onwenselijk maakt (Becker, 1998; Duka, 2004; Sigling, 2011). Dan rijst dus de vraag welke zorg wel geboden kan worden en door wie. Welke rol heeft de verslavingskliniek en welke het algemeen ziekenhuis?

GEVEN WE DOORDRINKERS BEMOEIZORG OF NIET?

Een deel van de doordrinkers drinkt thuis, vaak in eenzaamheid, zonder hulp te vragen. De huisarts is niet altijd op de hoogte van de ernst van de verslaving, doordat de patiënt geen aandacht vraagt en geen hulp belijft. Familie en vrienden zijn vaak afgehaakt en er is weinig tot geen overlast. Er zijn doorgaans maar weinig mensen in de directe omgeving van doordrinkers voldoende betrokken om zich zorgen te maken. Als de problematiek toch gesignaleerd wordt, reageren instanties daar vaak niet op en zij grijpen niet in. Tot iemand dood wordt aangetroffen.

Hoe kan de hulpverlening omgaan met mensen die aangeven niets met de hulpverlening te willen en beter inspelen op signalen? Hoe krijgt men deze groep beter in zorg? Wanneer is bij doordrinkers bemoeizorg noodzakelijk en bij welke personen niet?

WELKE ROL SPEELT DRUK UIT DE OMGEVING BIJ DE ZORGVRAAG?

Als de doordrinker in beeld is, hebben politie, buurtregisseurs, familieleden, huiseigenaren en andere instanties vaak andere wensen voor zorg dan de patiënt en diens hulpverleners. De meeste mensen wonen niet graag naast een chronisch alcoholist, vanwege brandgevaar of (vermeende) overlast. Men eist opname, zodat de patiënt in ieder geval tijdelijk weggaat, of er wordt dwang uitgeoefend om ervoor te zorgen dat de doordrinker de woning permanent verlaat. De frustratie is vaak groot, doordat de hulpverlening niet snel genoeg gaat. Hulpverleners worden onder druk gezet maatregelen te nemen die niet altijd in het belang zijn van een patiënt. In sommige gevallen weigeren ook instanties (zoals thuiszorg of andere huishoudelijke of maatschappelijke dienstverlening) nog langer de zorg te leveren die nodig is, vaak uit onmacht en gebrek aan kennis over verslaving.

De casemanager van de verslavingszorg, de verslavingsarts en de huisarts blijven dan als 'outreaching' hulpverleners over. Wie anders bekommert zich om de rechten en het (relatieve) welzijn van de patiënt? Op welke wijze kunnen ook andere hulpverlenende instanties ondersteund worden door de verslavingszorg, om doordrinkers de noodzakelijke hulp te blijven geven?

Definitie

Om te bevorderen dat er in de praktijk en ook in onderzoek meer systematisch aandacht wordt besteed aan doordrinkers, is een heldere definitie nodig. Wij troffen die in de literatuur niet aan. Mede op grond van de hiervoor beschreven ervaringen stellen wij de volgende zeven criteria voor. Doordrinkers zijn mensen die:

- vrijwel voortdurend onder invloed zijn van alcohol ofwel ziek door onthouding;
- door schadelijke somatische gevolgen van alcoholgebruik een beperkte verwachte levensduur hebben;
- een authentieke en persistente wens hebben om het alcoholgebruik voort te zetten;
- alle op abstinentie of gebruiksreductie gerichte interventies weigeren of deze slechts kortdurend en zonder resultaat ondergaan;
- geen actieve doodswens hebben (niet suïcidaal zijn);
- somatische zorg gericht op voorkomen van lichamelijke uitputting en praktische hulp (bij zaken als huisvesting, financiën, begrafenissen en afscheidsrituelen) nodig hebben en aanvaarden;
- in abstinente toestand wilsbekwaam zijn bij het maken van de genoemde overwegingen.

Conclusies en aanbevelingen

Doordrinkers vormen een groep mensen met een zodanig lijden als gevolg van hun verslaving, dat ze niet aan hun lot overgelaten mogen worden. Maatschappelijke afschuif leidt onterecht tot hun veronachtzaming. Gebrek aan eenduidig beleid en ondersteuning in de praktijk legt grote druk op de schouders van de hulpverleners, die dagelijks beslissingen moeten nemen en daarbij zorgvuldig en professioneel willen handelen. Het moge duidelijk zijn dat ook - of juist - bij deze moeilijke doelgroep gestreefd moet worden naar een gezamenlijke inspanning van patiënt en behandelaar. De verslavingszorginstellingen dienen voor de hulpverlening aan doordrinkers een professioneel handelingskader te expliciteren. Dat kader zal aandacht moeten geven aan de morele en praktische dilemma's, zoals in dit artikel geschetst.¹ Een visie in de verslavingszorg op de groep doordrinkers en passende hulpverlening aan deze groep kan ertoe bijdragen dat professionals en instanties buiten de verslavingszorg meer hun verantwoordelijkheid kunnen nemen in de zorg aan deze groep.

Belangrijk is voorts onderzoek te doen naar de effecten van een rechtelijke machtiging bij de groep doordrinkende patiënten, om meer zicht te krijgen op de meerwaarde van deze gedwongen opnamen. Verder hebben gebruikersruimten voor drugsgebruikers sinds een aantal jaren positieve resultaten geboekt en doelstellingen gehaald, zoals het beperken van gezondheidsschade en het reduceren van drugsoverlast in

1 Aan de hand van een beleidsnota voor Brijder Verslavingszorg (Sigling, 2011) heeft het Platform Eerste Geneeskundigen in de sector hier overigens een begin mee gemaakt.

de openbare ruimte. Onderzoek is nodig naar de effectiviteit van alcoholgebruiksruimten. De enkele alcoholopvanghuizen in Nederland zijn momenteel vooral toegerust voor dak- en thuislozen en onder andere aantrekkelijk voor deze doelgroep vanwege de woonvoorziening. Gekeken zou kunnen worden naar preventieve maatregelen die het mogelijk maken doordrinkers naar alcoholgebruiksruimten te krijgen. Zodoende kan een ander zorgaanbod worden ontwikkeld met hetzelfde doel als indertijd de drugsgebruiksruimten: beperken van gezondheidsschade, reduceren van overlast en betere kwaliteit van leven.

Tot slot verdient aanbeveling de voorgestelde verbetering van de bestaande classificatie en diagnostiek, om patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen te stageren en profileren (Van den Brink & Schippers, 2012). In navolging van de oncologie zou dit een geschikte methodiek voor de verslavingszorg kunnen zijn. Via staging en profilering van de stoornis kan men komen tot een betere diagnostiek en indicatie voor behandeling. Daarmee kan in de toekomst wellicht eerder onderscheid gemaakt worden tussen potentiële doordrinkers en mensen die niet in deze groep terecht hoeven te komen.

Summary

Chronic alcoholics (patients who drink themselves to death): Dilemmas and a definition

Monique Staats, Tatijana Malesevic, Jan Neeleman, Marije Possen, Astrid Vellinga and Gerard M. Schippers

Current protocols and guidelines for treating alcoholics are evidence-based and mostly directed at abstinence. However, there are alcoholics for whom treatment has failed. They continue to drink because their alcohol craving is too intense and their self-control too little to stop the alcohol intake despite the harsh physical suffering and negative social consequences. Treatment has been refused or has had no effect. Any help from health care professionals that could interrupt their drinking behavior is rejected. This article identifies the huge dilemmas facing health care professionals when dealing with chronic alcoholics who drink themselves to death, including: Are these patients competent to decide against accepting treatment?; Do we force them to accept treatment against their will?; What is the appropriate treatment that will not

lead to unacceptable suffering? We offer a precise definition of chronic alcoholics and suggest that guidelines are developed on how to provide suitable care for this group of patients in light of a staging/profiling approach.

Literatuur

- Backlar, P. (1998). Addiction: weakness of will, just plain ill, or something in-between? *Community Mental Health Journal*, 34, 329-330.
- Becker, H.C. (1998). Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World*, 22, 25-33.
- Brink, W. van den & Schippers, G.M. (2008). Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 91-97.
- Brink, W. van den & Schippers, G.M. (2012). Stagering en profilering bij verslaving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 941-948.
- Burke, A.C. & Gregoire, T.K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health and Social Work*, 32, 7-15.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). Lichte stijging verkeersdoden in 2011. Persbericht 12-026, 19 april 2012.
- Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (1999). *Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift*. Utrecht: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.
- Duka, T., Gentry, J., Malcolm, R., Ripley, T.L., Borlikova, G., Stephens, D.N., Veatch, L.M., Becker, H.C. & Crews, F.T. (2004). Consequences of multiple withdrawals from alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 233-246.
- Gregoire, T.K. & Burke, A.C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 35-41.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse.
- Kerssemakers, R. & Meerten, R. van (2008). *Drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Linssen, L., Jong, W. de & Wolf, J. (2000). *Gebruiksruimten: een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Moos, R.H. & King, M.J. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 71-80.
- Muckle, W., Oyewumi, L., Robinson, V., Tugwell, P. & Kuile, A. ter (2009). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse (protocol). *The Cochrane Library*, issue 1.
- Neeleman, J. & Wessely, S. (1997). Changes in classification of suicide in England and Wales: time trends and associations with coroners' professional background. *Psychological Medicine*, 27, 467-472.
- Neeleman, J., Mak, V. & Wessely, S. (1997). Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth. A three-year survey in inner London. *British Journal of Psychiatry*, 171, 463-467.

- Sigling, H. (2011). *Abstinerend beleid bij ernstige alcoholafhankelijkheid*. Beleidsdocument. Alkmaar: Brijder Verslavingszorg.
- Stel, J.C. van der (2004). *Het ziektebegrip van verslaving*. Bennebroek: De Geestgronden.
- Taylor, F.K. (1971). A logical analysis of the medico-psychological concept of disease. *Psychological Medicine*, 1, 356-364.
- The, A.M. (2009). *Verlossers naast God, dokters en euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Thoeoris.
- Thijs, A.L., Huurne C. ter & Heer, J.D. (2006). *Palliatieve zorg voor verslaafden*. Enschede: Tactus.
- Tielemans, L.I.G. & Jong, C.A.J. de (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Verdurmen, J., Meulen, A. van der, & Laar, M. van (2004). *Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland*. Centraal Bureau Statistiek.
- Vitale, S.G., Mheen, D. van de & Garretsen, H.F.L. (2007). Alcohol- en drugsgebruik onder patiënten op de spoedeisende hulp in Nederland. *Verslaving*, 4, 50-55.
- Werkgroep MDR Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wetenschappelijke Raad van de NDM (2012). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2012). *Kerncijfers verslavingszorg 2011*. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten: IVZ.